|  |
| --- |
| 『推展毒品戒癮者家庭支持服務計畫』轉介單 |

 107.4.11修訂

🖎通報來源： 收案案號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱 |  | 通報日期 |  |
| 填表人姓名 |  | 填表人職稱 |  |
| 聯繫電話 |  | 傳真號碼 |  |
| 需求內容 | 一、案家主訴問題/需求說明：(務必註明) 二、轉介目的：請提供案家(務必註明)□家族治療 □個人諮商 □親子溝通/親職教育 □其他(請說明)  |

🖎毒癮者資料

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身分證字號 | 性別 | 出生年月日 | 連絡電話 |
|  |  |  |  |  |
| 戶籍地址 |  | 居住地址 |  |
| 使用毒品類型 | 一級：□海洛因 □嗎啡 □古柯鹼二級：□甲基安非他命 □大麻　 □ＭＤＭＡ（搖頭丸） □可待因 □配西汀三級：□K他命　 □氟硝西泮（ＦＭ２） □４ＭＭＣ（喵喵）四級：□特拉嗎竇 □佐沛眠其他：□ 級：  |
| 使用毒品方式 |  |
| 勒戒期程 | 年 月 日至年 月 日 | 勒戒次數 | 第 次 |

🖎聯絡人資料(如需要，請自行增加欄位)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家長或重要他人姓名 | 關係 | 聯絡電話 | 手機 | 聯絡時間 |
|  |  |  |  |  |

✂----------------------------------------------------------------------------

回覆單

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱 |  | 聯絡人 |  | 聯絡電話 |  |
| 處遇情形 | □不開案 □開案 □轉介­ 服務摘要： |
| 服務單位：嘉義縣愛家反暴力協會 傳真電話：聯絡電話：05-2769367 社工：謝慧珠日期： 年 月 日 |

嘉義縣社會局 轉介日期：107.

本表請傳真05-3623667或e-mail寄至apple0214888@mail.sabcc.gov.tw嘉義縣社會局陳先生(電話：05-3620900#3320)辦理，謝謝！